

平成 28 年度厚生労働科学研究補助金（政策科学総合（統計情報総合）研究事業）
死亡個票統計における循環器疾患関連死因の妥当性に関する検討
（H27-統計-一般-006）分担研究報告書

死亡診断書における死亡の原因および期間表現の正規化

報告者（分担研究者）

氏名 所属・肩書き
篠原恵美子 東京大学医学部附属病院 企画情報運営部 特任助教

抄録

死亡事故原票データが電子的な形態で利用可能となったが、死亡の原因やその期間についての情報は医師による自由記載であり、統計処理に用いるためには正規化が必要である。本年度は昨年度に引き続き正規化のための処理の精緻化を行い、ICD-10 コードだけでなくより粒度の小さな病名コードの自動付与を試みた。その結果、死亡個票のうち 95.8% に対し、ICD-10 コードを付与することができた。

【A. 研究目的】

死亡調査票における死亡の原因欄は自由記載であるため、様々な表記ゆれが含まれている。例えば「虚血性心筋症」と「心筋虚血」のように表現が異なる場合や、「肺癌」と「左肺癌」のように側性の情報が付加される場合がある。これを統計処理するためには正規化を行う必要がある。また、「肺癌、動脈硬化症」のように1つの欄に複数の病名が含まれる場合には、それぞれを別の病名として計数できなければならない。しかし死亡調査票の数は年間100万件を超えており、全件を手で処理することは現実的ではない。そこで自然言語処理による自動正規化が有用と期待される。

昨年度は基本的な正規化処理の実装を行い、オンライン入力分データについて実際に正規化を行った。今年度は処理内容の精緻化お

びそれを容易にするための実装の修正と、ICD-10コードよりも粒度の小さな病名交換用コードを同時に付与した。

【B. 方法】

（1）対象

2013年度の死亡票（調査票情報）1,180,293件における「死亡の原因 I 欄」「死亡の原因 II 欄」の「原因」と「期間」に格納されているデータを対象とした。加えて死亡日を取得するために死亡票の情報を紐づけた。死亡日は、年数などの時間幅を記録すべき「期間」に日付が記入されている場合があり、これを時間幅に変換するために必要である。

（2）方法

(a) テキストデータの抽出

死亡個票の電子ファイルは各項目が固定バイト長で格納されたCP932形式のテキストファイルであり、それよりも短いデータの場合に

は末尾が空白で埋められている。これを削除し、実際にテキストが含まれている部分のみを抽出した。また後の処理のため、文字コードをUTF-8に変換した。

(b) 死亡票（調査票情報）と死亡票の突合

「調査票情報」に対し、対応する「死亡票」があればその情報を追加した。

ここで「対応する」とは以下の内容が一致することとした。

- 届出地_都道府県
- 届出地_支所符号（この条件は 届出地_支所符号 が空欄でない場合のみ）
- 届出地_市区町村_市区町村（種類）
- 届出地_市区町村_市区町村（順位）
- 事件簿番号

(c) 記載内容の正規化

原因欄と期間欄それぞれについて、自動で正規化を行うアルゴリズムを考案し、実装した。

(c-1) 「原因」欄の正規化

原因欄のテキストを正規化し、病名コードのリストに変換する手法を実装した。

原因欄の記載には表記ゆれが含まれていることがあるため、まずこれを以下の順で処理した。

1. 文字レベルの正規化（例. 頸→頸）
 2. 語レベルの正規化（例. 鬱血→うっ血）
 3. 誤り訂正（例. 十二腸→十二指腸）
- 1と2の違いは、前後の内容に依らず置換可能かどうかである。頸はいかなる場合も頸に置換して問題ないが、鬱は後ろが血ならば「うっ」、病ならば「うつ」である。

次に正規化した文字列を、コードの紐づいた病名や病名修飾語の列に分解する。分解処理は形態素解析器のMeCabを利用し、解析用辞書（分解結果を構成する要素）はICD-10対応標準病名マスターの索引用語およびそれに含まれない頻出語のリストを用いた。これらの要素はICD-10コードおよび病名交換用コードと紐づけられている。病名交換用コードは標準病名マスターで定義される病態を表すコードであり、ICD-10よりも粒度が小さい。例えば「急性心不全」と「慢性心不全」はいずれもICD-10コードがI509だが、病名交換用コードはそれぞれFP5V、NJESと異なっている。ただしICD-10のような上位下位関係は持たない。

これらを用いて文字列を分割し、対応するコードの列に変換した。分割処理は形態素解析器のMeCabを用いた。

上記の実装では表記ゆれの対応表1~3と追加病名・コード対応表の4種類の表を用いており、これらを編集することで各ステップの処理内容の修正ができるようになっている。

最後に、箇条書き番号等の不要な情報を削除し、複数のコードが含まれる場合にはこれらを並列とみなして分割し、正規化結果として出力する。結果は以下のいずれかである。

- 病名コード
- 修飾語分類（標準病名マスターの修飾語テーブルの修飾語区分の2文字目）
- 空欄（「不詳」を含む）
- 「GG」（上記以外）

(c-2) 「期間」の正規化

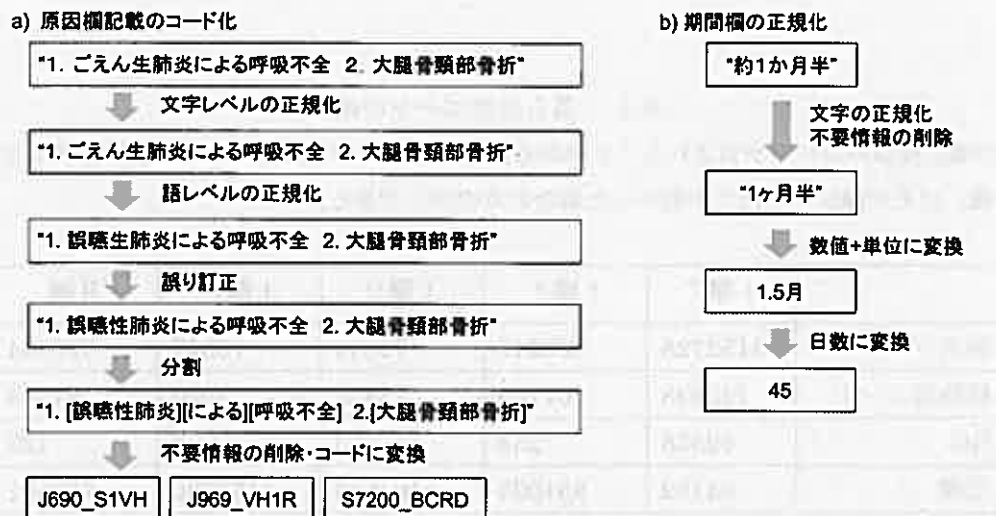


図 1. 正規化処理の概要

期間欄も原因欄と同様に表記ゆれを含む場合があるため、漢数字からアラビア数字への変換、「約」などの語の削除を行った。「数日」「数十年」のように「数」が付く場合は後続する期間の3倍とし（例. 数日=3日、数十年=30年）、「半年」など先頭に「半」が付く場合は後続する期間の0.5倍、「2年半」など後ろに付く場合には先行する時間単位の0.5とした（例. 半年=0.5年、2年半=2.5年）。単位が日でない場合には日数表現に変換した。記載内容が日付であった場合は死亡日との差分から日数表現に変換した。

期間欄についても複数の情報が列記されていることがあるため、原因欄と同様に分解した。

【C. 結果】

調査票と死亡票を突合した結果、1180426 レコードが得られた。これに対し実装したアルゴリズムを適用した結果を表 1 および表 2 に示す。各原因欄には最大 4 ～8 個の正規化結果が出力された。死亡個票のうち 95.8% (1131030 件) に対し、I 欄に少なくとも 1 つの ICD-10 コードが付

与された。

【D. 考察】

昨年度実装した正規化処理を整理し、処理内容を精緻化した結果、より多くの調査票に病名コードを付与することができ、さらに ICD-10 コードよりも粒度が細かく臨床的な意義があると考えられる病名交換用コードの付与を同時に行った。また期間欄の情報を日数を表す数値に変換した。この結果は死亡診断書の分析に有用であると期待している。

しかし、突合の結果レコード数が約 130 増加したことが分かった。これは調査票に対し複数の死亡票が対応したためと考えられる。また、対応する死亡票が存在した調査票は約 2 万であった。調査票と死亡票の突合方法について別途検討が必要である。

【E. 結論】

死亡個票の原因欄および期間欄について、基本的な正規化を自動で行うことができるようになった。

表 1. 得られたコードの数

1つの欄に複数のコードが含まれることがあるため、縦方向の合計はレコード数に合致しない。
 「空欄」はその欄に一切出力が無かった場合のカウントである。

	I 欄ア	I 欄イ	I 欄ウ	I 欄エ	II 欄
病名コード	1152728	336243	72644	13527	526344
修飾語コード	143338	61709	13852	3020	94403
GG	12558	253	63	6	123
空欄	34152	851095	1107686	1167720	779551

表 2. 病名コードが付与されたレコード数

✓は該当列に1つ以上の病名コードが付与されていることを表す。

I 欄ア	I 欄イ	I 欄ウ	I 欄エ	II 欄	レコード数
✓	✓	✓	✓	✓	4399
✓	✓	✓	✓		4481
✓	✓	✓		✓	21979
✓	✓	✓			31401
✓	✓		✓	✓	509
✓	✓		✓		795
✓	✓			✓	93961
✓	✓				153236
✓		✓	✓	✓	378
✓		✓	✓		479
✓		✓		✓	1706
✓		✓			2626
✓			✓	✓	90
✓			✓		766
✓				✓	259874
✓					546510
	✓	✓	✓	✓	106
	✓	✓	✓		103
	✓	✓		✓	431
	✓	✓			812
	✓		✓	✓	20
	✓		✓		21
	✓			✓	1867
	✓				4279
		✓	✓	✓	18
		✓	✓		15
		✓		✓	52
		✓			87
			✓	✓	6
			✓		23
				✓	8300
					41096

平成 28 年度厚生労働科学研究補助金（政策科学総合（統計情報総合）研究事業）
死亡個票統計における循環器疾患関連死因の妥当性に関する検討
（H27-統計-一般-006）分担研究報告書

原死因と付随する複合死因の関連分析

報告者（分担研究者）

氏名 所属・肩書き
石井太 国立社会保障・人口問題研究所人口動向研究部長

抄録

本分担研究では、新たに二次利用可能となった複合死因に関するデータに人口動態個票をマッチングし、心不全に重点を置きながら、原死因とこれに付随する複合死因との関係分析を引き続いて行い、特に年齢階級に分けた特徴に関して分析を行った。これにより、これまで実態がわからなかった原死因と複合死因の関係について、複数の人口学的指標を用いて明らかとすることができた。

【A. 研究目的】

人口動態統計では、死亡統計の集計にあたり、WHOの勧告による「疾病、傷害及び死因分類」に基づいて、死亡診断書から原死因を一つ特定し、死因の集計を行うこととなっている。しかしながら、死亡診断書には原死因以外の複数の死因が記述されていることもあり、原死因とそこに付随する複合死因との関連を分析することが可能であれば、死亡に関してより詳細な情報を得ることができる。また、特に、心不全に関しては、死因の特定が難しい場合などに死亡の原因として書かれることが多かったことなどから、わが国ではICD-10の導入時、死亡診断書に「疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないで下さい」という注が加えられるなど、原死因

のみではその実態がわかりにくい状態にあった。しかしながら、これまで、原死因以外の死因に関するデータは公開されておらず、このような実態把握は困難な状況であった。

ところが、平成26年の疾病、傷害及び死因分類部会における審議を通じて、このような複合死因に関するデータが二次利用可能となった。本研究は、昨年度の研究に引き続き、この新たなデータを利用し、心不全に重点を置きながら、原死因とこれに付随する複合死因との関係分析を引き続いて行い、特に年齢階級に分けた特徴に関する分析を行うことを目的とするものである。

【B. 方法】

使用したデータは、人口動態統計の死亡票

に、篠原分担研究者によってICD-10コードを付与された複合死因データをマッチングさせたものである。データマッチングにあたっては、届出地に関する都道府県、市区町村、支所符号と事件簿番号をマッチングキーとした。

2013年の人口動態統計死亡数（日本における日本人・当年届出）の総数1,268,436件のうち、マッチングキーが複数出現する客体3,937件を除外したものと、オンラインによる複合死因に関するデータ1,180,293件中キーが複数出現する客体2,648件を除外したものをマッチングさせた。両者をマッチングできたものは1,162,845件であった。

次に、指標推定に必要なデータ処理を行う。複合死因データについては、ICDコード、EXT（「墜落」などの外因）、UNK（「不詳」など）、none（「なし」のような記載）、GG（対応する原因欄が空欄でなく、上記のいずれにも当てはまらないもの）の5種類のコーディングがされており、このデータに、人口動態統計で用いられている「死因簡単分類」と「死因年次推移分類」を付加した。両分類では、外因については原因を表す符号（V01～Y98）が必要となることから、原死因が外因によるケースを除外して分析を行った。このため、分析の対象としたのは、1,096,866件である。また、あわせて、複合死因データについて、外因に関する符号が付されているものはEXTに変換し、また、符号以外の記述を含むもの及びU符号はGGに変換した。

このデータを用いて、Désesquelles et al. (2012)、Désesquelles et al. (2010)などの先行研究を参考に、SRMU、CDAIという人口学的指標を算出し、原死因と付随する複合死因との関連を分析した。

昨年度の研究においては、死因簡単分類(グ

ループ別)、死因年次推移分類による SRMU、CDAIの推定について、重複計上の有無、年齢調整の有無別に詳細な分析を行ったところであるが、その中でも重複計上を行うとともに、年齢調整を行った死因簡単分類(グループ別)の指標推定について、より詳細に観察する観点から、さらに年齢区分別（65歳未満、65～84歳、85歳以上）に分析を行った。

【C. 結果】

表1～4は SRMU の推定過程を示したものである。表1が全年齢、表2が65歳未満、表3が65～84歳、表4が85歳以上の推定過程を示している。一方、表5～8は CDAI の推定結果を示したものである。こちらも同様に、表5が全年齢、表6が65歳未満、表7が65～84歳、表8が85歳以上の推定結果を示している。

【D. 考察】

表1によれば複合死因に関する「循環器系の疾患」の出現度合は、「新生物」よりは低いものとなるが、2番目に多いものとなっている。また、SRMUは1.944となっている。これを65歳未満について推定した表2によれば、やはり「循環器系の疾患」の出現度合は2番目であるが、SRMUは1.734と全年齢よりも低い値となっている。次に65～84歳の結果を示す表3を見ると、出現度合は2番目であり、SRMUは1.986と全年齢よりやや高い値となっている。一方、85歳以上（表4）では、「循環器系の疾患」の出現度合は最も高く、またSRMUも2.062とより高い値を示している。このSRMUを構成している複合死因の出現数の原死因数に対する比を見ると、年齢層が高いほど「呼吸器系の疾患」、「症状、

徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの」が増加しており、SRMUが高年齢層で高い値を取る要因となっていると考えられる。一方で、「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「消化器系の疾患」では年齢層が高い方がやや低い値を取っている。

表5によれば、原死因が「循環器系の疾患」の場合、100を超える複合死因は、「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「耳及び乳様突起の疾患」、及び「GG」となっている。一方、他の原死因で複合死因が「循環器系の疾患」の場合、100を超える原死因は、「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「先天奇形、変形及び染色体異常」となっている。これを65歳未満について推定した表6においても、原死因が「循環器系の疾患」の場合、100を超える複合死因、また、他の原死因で複合死因が「循環器系の疾患」の場合、100を超える原死因の組み合わせは全年齢と変わらないものとなっている。一方、65～84歳の結果を示す表7によれば、原死因が「循環器系の疾患」の場合、100を超える複合死因から「耳及び乳様突起の疾患」が消えるとともに、「眼及び付属器の疾患」と「EXT」が加わっている。他の原死因で複合死因が「循環器系の疾患」の場合の組み合わせには変化がない。また、85歳以上（表8）では、原死因が「循環器系の疾患」の場合、100を超える複合死因からさらに「内分泌、栄養及び代謝疾患」が消えるとともに、他の原死因で複合死因が「循環器系の疾患」の場合、100を超える原死因についても「内分泌、栄養及び代謝疾患」が消える結果となった。

これらSRMUやCDAIを用いた分析から、心疾患に関連する原死因や複合死因に関して、それらの間の関係性が年齢層において異なる特徴を示すことが明らかになった。

【E. 結論】

本研究を通じて、これまで実態がわからなかった、原死因とこれに付随する複合死因の関係について、特に心不全を中心としてその関係性が人口学的指標を通じて明らかとなった。今後、さらに原死因と複合死因の関係分析を継続するとともに、期間に関する分布と死因の関係など、より詳細な人口学的分析を深めることが必要である。

【F. 健康危険情報】

特になし

【G. 研究発表】

平成28年5月現在未発表

【H. 知的財産権の取得・登録状況】

該当なし

参考文献

- Désesquelles, A., M. A. Salvatore, L. Frova, M. Pace, M. Pappagallo, F. Meslé, V. Egidi et al. (2010) “Revisiting the mortality of France and Italy with the multiple-cause-of-death approach”, *Demographic research*, Vol. 23, No. 28, pp. 71- 806.
- Désesquelles, A. F., M. A. Salvatore, M. Pappagallo, L. Frova, M. Pace, F. Meslé, and V. Egidi (2012) “Analysing multiple causes of death: Which methods for which data? An application to the cancer-related mortality in France and Italy”, *European Journal of Population/Revue Européenne de Démographie*, Vol. 28, No. 4, pp. 467- 498.

TABLE 1. SUMMARY OF THE RESEARCH PROGRAMS OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA, 1967-68

FUNDING AGENCY	RESEARCH PROGRAMS		TOTAL	
	NO. OF PROGRAMS	AMOUNT (\$)	NO. OF PROGRAMS	AMOUNT (\$)
FEDERAL GOVERNMENT	1,234	123,456,789	1,234	123,456,789
STATE GOVERNMENT	567	56,789,012	567	56,789,012
INDUSTRIAL CONCERNS	345	34,567,890	345	34,567,890
NON-PROFIT ORGANIZATIONS	234	23,456,789	234	23,456,789
UNIVERSITY FUNDS	123	12,345,678	123	12,345,678
OTHER SOURCES	89	8,901,234	89	8,901,234
TOTAL	2,592	259,234,567	2,592	259,234,567

U.C. 1968-69

Kategori	Sub-kategori	Kategori											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Kategori A	Sub-kategori A.1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori A.2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori A.3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori A.4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori A.5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori A.6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori A.7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori A.8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori A.9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori A.10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori A.11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori A.12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Kategori B	Sub-kategori B.1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori B.2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori B.3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori B.4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori B.5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori B.6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori B.7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori B.8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori B.9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori B.10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori B.11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Sub-kategori B.12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

KEMENTERIAN KESEHATAN DAN KELUARGA		DIREKTORAT JENDERAL EPIDEMIOLOGI DAN PREVENSI PENYAKIT		PUSAT PENELITIAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT MENULAR		LABORATORIUM VIROLOGI	
NO. DAFTAR	LOKASI	NO. IDENTIFIKASI	LOKASI	NO. IDENTIFIKASI	LOKASI	NO. IDENTIFIKASI	LOKASI
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

表 4. 各種電力設備の設置状況(単位: 台)

設置場所	設置状況											
	設置済	設置予定	設置済	設置予定	設置済	設置予定	設置済	設置予定	設置済	設置予定	設置済	設置予定
1. 事務所	10	0	10	0	10	0	10	0	10	0	10	0
2. 工場	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0
3. 倉庫	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0
4. 店舗	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
5. 住宅	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
6. その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	21	0	21	0	21	0	21	0	21	0	21	0

表 1. 各工種別労働者数(単位:千人)

業種	業種別労働者数(単位:千人)												計		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
1. 農林業	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2. 漁業	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
3. 建設業	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
4. 製造業	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
5. 卸売業	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
6. 小売業	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7. 飲食業	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
8. 娯楽業	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
9. 運輸業	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
10. 情報業	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
11. 金融業	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
12. 不動産業	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
13. 公共サービス業	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
14. その他	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
計	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000

表 1 各年度別にわたる労働者の平均年齢

業種	昭和21年		昭和22年		昭和23年		昭和24年		昭和25年		昭和26年		昭和27年		昭和28年		昭和29年		昭和30年			
	平均年齢	標準差	平均年齢	標準差	平均年齢	標準差	平均年齢	標準差	平均年齢	標準差	平均年齢	標準差	平均年齢	標準差	平均年齢	標準差	平均年齢	標準差	平均年齢	標準差		
製造業	34.2	4.5	34.5	4.6	34.8	4.7	35.1	4.8	35.4	4.9	35.7	5.0	36.0	5.1	36.3	5.2	36.6	5.3	36.9	5.4	37.2	5.5
建設業	33.8	4.4	34.1	4.5	34.4	4.6	34.7	4.7	35.0	4.8	35.3	4.9	35.6	5.0	35.9	5.1	36.2	5.2	36.5	5.3	36.8	5.4
運輸業	33.5	4.3	33.8	4.4	34.1	4.5	34.4	4.6	34.7	4.7	35.0	4.8	35.3	4.9	35.6	5.0	35.9	5.1	36.2	5.2	36.5	5.3
商業	33.2	4.2	33.5	4.3	33.8	4.4	34.1	4.5	34.4	4.6	34.7	4.7	35.0	4.8	35.3	4.9	35.6	5.0	35.9	5.1	36.2	5.2
サービス業	32.9	4.1	33.2	4.2	33.5	4.3	33.8	4.4	34.1	4.5	34.4	4.6	34.7	4.7	35.0	4.8	35.3	4.9	35.6	5.0	35.9	5.1
その他	32.6	4.0	32.9	4.1	33.2	4.2	33.5	4.3	33.8	4.4	34.1	4.5	34.4	4.6	34.7	4.7	35.0	4.8	35.3	4.9	35.6	5.0
全労働者	33.7	4.3	34.0	4.4	34.3	4.5	34.6	4.6	34.9	4.7	35.2	4.8	35.5	4.9	35.8	5.0	36.1	5.1	36.4	5.2	36.7	5.3

単位：歳

平成 28 年度厚生労働科学研究補助金（政策科学総合（統計情報総合）研究事業）
死亡個票統計における循環器疾患関連死因の妥当性に関する検討
（H27-統計-一般-006）分担研究報告書

ICD-10 における心不全分類に関する研究

報告者（分担研究者）

氏名	所属・肩書き
興梠 貴英	自治医科大学・企画経営部医療情報 准教授

研究要旨 昨年度の本研究班の研究の結果、日本の死亡診断書において心不全病名が妥当であるかどうかを判断するための情報が不足している、という課題が明らかになった。また、ICD10 分類では十分心不全の状態を把握できないため、その改訂への提案を考慮していたが、WHO では ICD11 を 2018 年に発行予定であり、ICD10 の大幅な改訂は望みにくい状況である。そのため、ICD11 改訂の状況を把握するべく morbidity reference group に参加し、調査を行った。

A. 研究目的

研究要旨にも述べたごとく、ICD-11 改訂の状況の把握、およびそれ ICD-11 を用いることにより、心不全病名をより現実に即した形でコードできるようになるかについて情報収集を行った。

B. 研究方法

もともと ICD は死因統計のために開発されてきた経緯がある。一方で各国で保険請求時等の標準病名体系として ICD を用いてきたが、ICD は死因統計のために開発されてきたために疾病を記載するには粒度が十分でないなどの問題があり、米国やドイツなどでは ICD-10 をそれぞれの国における使用状況に合わせて改変し、使用している（ICD-9CM, ICD-10GM）。ICD-11 では疾病分類としても十分に用いることができることがその改訂の目的の一つとして開発されて

おり、当初から morbidity の use case を検討するための MbRG (morbidity reference group) が立ち上げられ、2010 年まで活動を行っていた。しかし、その後は活動が停止しており、今回改めて MbRG が立ち上がる、という形となり、その第一回目の会議がスウェーデン、ヨーテボリ近郊の会場で開催されたため、参加した。

C. 結果

会議の agenda は添付の資料にあるとおり。

今回の meeting は 2010 年を最後に活動が停止していた MbRG の再始動という意味合いがあった。

一日目にはまず、MbRG の歴史などの紹介があり、その後 ICD-11 のブラウザを用いたコーディングの方法が実演された。

次に、2017/3/31 で ICD-11 β が完全に凍結され、4 月以降のフィールドトライアル

に向けた reference guide に関する議論があったが、WHO の方針として、いかなる場合にも 'main condition' を指定するようにする、ということが決められている。これについては、「The 'main condition' is the condition that is determined to be the 'reason for admission, established at the end of the episode of health care' .」と定義されているが、参加者からはこの点について多くの質疑が寄せられた。

また、事前に配布された reference guide について、各参加者にコメントが求められたため、冒頭の「Morbidity data are used for statistical reporting mostly on national or local levels.」とある部分につき、実際に何のデータを対象としているのかを考える必要があること、また例示に挙げられているものの中に非現実的なものがあるため、それを修正する必要がある、ということを発表した。

二日目には、X 章及び第 24 章の吟味と議論が行われた。これまで心不全に関する分類で急性、慢性、また重症度が ICD-10 表現できなかった部分については ICD-11 の X 章の修飾語で対応できるものと考えられる。X 章では通常の ICD11 のコード付けをした後にさらに詳細な情報を付加することができる。具体的には以下のサイトで情報を確認できるがたとえば疾病コーディングにおいては、「重症急性左心不全」は

<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f786106375>

と

<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f1201187093>

<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f1653508908>

と

<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f1653508908>

を組み合わせることで指定できるようになると思われる。

ただ、この X chapter は mortality coding においては用いられない。

最後に ICD-11 への移行における MBRG の役割に関する議論があり、次回の meeting を今年 10 月の WHO-FIC meeting に合わせて行うことを確認して終了した。

D. 考察

ICD-11 を用いると病名を現実の病態に近い形でコーディングができるようになるため、今後 DPC 等におけるコーディングには有用と考えられる。しかし依然として死亡コードとしての心不全については分類の精緻化もさることながら、従来の死因としては心不全を用いないという方針に変更はない。

E. 結論

今後も MRG に加えて MBRG の活動に参加し、死亡統計、疾病統計に用いるにあたっての ICD-11 の課題を把握し、改善のための提案を行っていく必要がある。

F. 研究発表

該当なし

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

(圖書文庫(合)選譯新全集) 合編半井寛氣) 全知無定得半許情夜主引嘉幸 以 嘉平
植島吉十郎二著主要(原)西義國成非嘉新前合刊武二號誌隔冊二英
書者譯完和出後 (80頁) 類一(情) 解(59)

夜情主の引嘉平は夜情半得無全知(全集新) 合編半井寛氣

著者一(夜) 吉十郎

書者譯完和

社名 株式会社東京大学出版会

出典 本館

題名 夜情主の引嘉平は夜情半得無全知(全集新) 合編半井寛氣

新火 福館

夜情主の引嘉平は夜情半得無全知(全集新) 合編半井寛氣
植島吉十郎二著主要(原)西義國成非嘉新前合刊武二號誌隔冊二英
書者譯完和出後 (80頁) 類一(情) 解(59)

夜情主の引嘉平は夜情半得無全知(全集新) 合編半井寛氣
植島吉十郎二著主要(原)西義國成非嘉新前合刊武二號誌隔冊二英
書者譯完和出後 (80頁) 類一(情) 解(59)

平成 27 年度厚生労働科学研究補助金（政策科学総合（統計情報総合）研究事業）
死亡個票統計における循環器疾患関連死因の妥当性に関する検討
（H27-統計-一般-006）分担研究報告書

死因統計における「心不全」病名の取り扱いと対応

についての一考察

分担研究者

橋本 英樹 東京大学大学院医学系研究科 教授
磯部 光章 東京医科歯科大学大学院循環制御内科学分野 教授

研究要旨 昨年度は臨床的観点から、「心不全」病態に対する解明が近年進む一方で、臨床的定義が混乱している状況について総説を述べた。本年度はこうした現状を踏まえて、学会において心不全を専門とする専門医数人に対してインタビューを実施し、死因統計における心不全病名の在り方と学会としてどのような対応が考えられるかについて意見聴取を行った。いわゆるゴミ箱診断としての心不全については、引き続きコードを避けるよう広く医師に対して啓蒙していく必要があることで一致した意見が見られた。原因疾患が明確な病態としての心不全、原因疾患が不詳であるが病態としての認められる心不全など、を適切に鑑別する必要性がある一方、これを死亡診断書にどう反映するか、については議論が残った。さらに「臨床像」としての心不全を専門学会などが定義する必要は認められたものの、臨床専門家の間でも統一の見解に到達するのは困難であるとの認識が見られた。以上から、心不全の疾病負担を明らかにするために死因統計を活用するうえで、従前通り、ゴミ箱診断としての心不全を用いないよう死亡診断書マニュアルに沿った啓蒙を進める一方、心不全について専門家の間での見解が熟成するのと並行して、コーディングの在り方について学会・行政の活発な議論を展開することが必要であると考えられた。

A. 研究目的

昨年度研究では、一般に心不全という疾患名の取扱に混乱があることを指摘しつつ、その原因の一つとして、専門学会においても心不全の病態、疾患概念が統一されていない実情を総説的に記述した。一方、患者の高齢化により臨床的には心不全治療の患者数は増加

傾向にあり、その疾病負担を把握するには、死因統計における心不全の在り方になんらかの統一の見解を形成する必要がある。本年度は、循環器専門学会の関係者に対して、個別のインタビューを行い、昨年度までの研究成果を踏まえた死因統計における心不全病名の実態を示したうえで、専門医の立場から心不全病名の在り方について意見を聴

取することを試みた。

B. 研究方法

日本循環器学会関係者で心不全病名の死因統計に関して造詣の深い専門医 1 名、ならびに心不全に関する専門家 2 名を、任意にピックアップし、2016 年 9 月に開催された日本循環器学会総会などを利用し個別にインタビューをお願いした。昨年度研究で得られた 2013 年度死亡事故票原票の分析結果として、心不全関連病名の総数、そのうち心不全単独死因病名が占める割合とその内訳、心不全関連の記載病名一覧などを供覧し、心不全の疾病負担を明らかにするために死亡診断書における心不全病名の取り扱いについて、臨床専門家の立場から意見を聴取した。

C. 結果

心筋梗塞・弁膜症など原因疾患と思われる病名と並列記載された心不全については、コーディングの妥当性には大きな問題はないと思われるが、一方で、循環器関連原因疾患が死因病名として挙げられているケースで、心不全の病態があっても、死因統計としてコーディングしないように周知されていることから、必ずしも心不全の病態があったことが適切にもれなく記載されていない可能性が指摘された。一方、心不全の単独病名記載例については、不適切コードである可能性は高いものの、中には原因疾患が不詳で心不全治療を行っていたケースなども含んでいる可能性がある。

以上から、不適切コーディングについては、従前通り、死亡診断書マニュアルのとおり、広く医師に対して啓蒙し、「ゴミ箱診断として

の心不全」を排除していく必要があることについて、意見は一致していた。一方、実際に病態として心不全があった場合に、死因統計の I 欄の I 以降の病名に心不全が積極的にコードされるようにするには、専門学会などでの意見統一を図ったうえで、周知活動をする必要があるとの指摘があった。しかし、そのためにはまず「病態としての心不全」を専門学会として統一的に定義する必要があるのではないかとの意見がある一方、心不全は一つの疾患ではなく症候群であり、また近年拡張機能障害による心不全など、概念が広がり、国際的にも心不全とはなにかをめぐる議論が進む現状で（以上の議論については、昨年度の分担報告を参照されたい）、統一的定義・診断基準を提示することには時期早尚との意見も見られた。

一方で、現状の ICD10 で慢性・急性の心不全が鑑別コーディングできないことの不備については、是正を求める声が一致した。これについては、別途報告のとおり、ICD11 において、追加情報による記載が可能となることについて、期待が寄せられた。

D. 考察

昨年の総説でも触れたように、心不全は多様な要素からなる複雑な症候群である一方、実臨床においては明確に疾患単位であると認識されている事実でもある。死因統計の精緻化のためには、従前どおり、ごみ箱診断としての「心不全」の使用を厳に戒めることと並行して、病態としての心不全について専門家間での見解の統一と、その普及を広く図る必要がある。

E. 結論

心不全の実態が把握できない事態は回避する必要があり、医学会としても一般の医師に認識されやすい、心不全の定義、診断基準を提起することが必要である。心不全の疾病負担を明らかにするために死因統計を活用するうえで、従前通り、ごみ箱診断としての心不全を用いないよう死亡診断書マニュアルに沿った啓蒙を進める一方、心不全について専門家の間での見解が熟成するのと並行して、コーディングの在り方について学会・行政の活発な議論を展開することが必要であると考えられた。

F. 研究発表

該当なし

G. 知的所有権の取得状況

該当なし